DOTT. F. S. TORRI
Libero docente di Patologia medica nella R. Università di Bologna

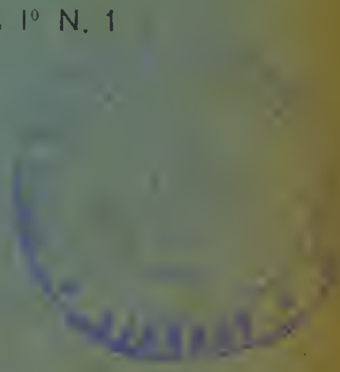
Analgesia cardiaca in tabetico

OSSERVAZIONE CLINICA

Estratto dalla "Critica Medica,,

Sez. Scientifica - Gennaio 1911 - Vol. I° N. 1





MILANO
SOCIETÀ EDITRICE A. DE MOHR & C.
Via Passarella N. 3.

DOTT. F. S. TORRI
Libero docente di Patologia medica nella R. Università di Bologna

Analgesia cardiaca in tabetico

OSSERVAZIONE CLINICA

Estratto dalla "Critica Medica„

Sez. Scientifica - Gennaio 1911 - Vol. I° N. 1



MILANO
SOCIETÀ EDITRICE A. DE MOHR & C.
Via Passarella N. 3.

Garbagnati Camillo d'anni 42, fabbro, celibe, nato a Monza e dimorante a Milano venne accolto nel Comparto Cronici di S. Antonino il 12 dicembre 1910.

Il padre suo morì a 36 anni per ileo-tifo: la madre è vivente e sana; due fratelli sono morti in tenera età, due sorelle sono sane.

Nessuna labe nervosa famigliare. Non sofferse malattie di sorta: ed esclude in modo speciale il reumatismo poliarticolare. Ciccatore: forte bevitore di vino e di liquori. Ha sempre fatto il fucinatore e non ha mai maneggiato piombo.

A 25 ànni contrasse sifilide di cui venne curato con dodici iniezioni di un preparato mercuriale: pare calomelano. Certo la cura fu insufficiente perchè nei tre anni che seguirono alla infezione egli ebbe manifestazioni cutanee di indubbia natura sifilitica. Se si eccettuino queste, egli non ebbe altri disturbi fino ai 32-33 anni; e potè sempre attendere all'ordinario suo lavoro.

Primi fatti annunziatori della malattia attuale furono dolori a tipo lancinante, di lieve intensità e localizzati agli arti inferiori. Tra i 34-35 anni un fatto strano lo mise in seria apprensione: a tratti, durante il lavoro, gli sfuggiva improvvisamente di mano il martello per una asinergia accessuale dei muscoli della mano: e presto si aggiunse anche una marcata difficoltà a governare l'arto inferiore destro il quale, nella deambulazione, andava a suo talento.

I dolori lancinanti andarono mano a mano aumentando di intensità e l'atassia colpì anche l'arto inferiore sinistro. Tra i 37-38 anni impotenza.

Successivamente comparvero crisi gastriche ed addominali, parestesie al viso, con senso di liquido scorrente sulle gote, all'ano, con sensazione di cuneo introdottovi a forza. Spesso cefalea specie notturna e localizzata alla nuca.

Nel novembre scorso, mentre in casa sua attendeva a piccolo lavoro di fabbro, improvvisamente fu colto da senso di imminente grave malore. Gridò alla madre di chiamar gente in soccorso, e mentre questa usciva all'uopo, ebbe senso di effoudrement des jambes e cadde al suolo. Appena che i vicini accorsi lo posero a letto incominciarono larghi movimenti involontari degli arti ora in flessione, ora in estensione, in adduzione ed in abduzione, accompagnati da strani e varianti atteggiamenti

mimici per contrazioni involontarie dei muscoli del viso; la parola pure era al tutto inceppata per contrazione involontaria dei muscoli della lingua e delle labbra. Non ebbe perdita di coscienza : notò invece perdita delle urine e delle feci. L'accesso ebbe breve durata : subentrò quiete completa ed il ripristino delle precedenti condizioni.

Poco prima di entrare all'Ospedale l'ammalato fu colto da un secondo accesso simile al precedente, ma che durò più a lungo e che fu accompagnato da perdita della coscienza.

Però anche questo non si accompagnò a paralisi nè a paresi : scomparve completamente come il primo senza lasciare conseguenze di sorta.

Notisi bene che l'ammalato non ebbe mai a risentire disturbi i quali potessero far sospettare l'esistenza di alterazioni funzionali od organiche del centro circolatorio.

Quando cadde sotto alla mia osservazione io trovai un individuo di costituzione generale robusta, in buono stato di nutrizione, a struttura scheletrica regolare, di taglia piuttosto alta. Cute di un colorito bruno uniforme, senza speciale pallore del viso. Assenza di edemi. Mucose rosee. Masse muscolari discretamente sviluppate. Micropolio adenopatia biinguinale. Decubito indifferente.

Nessun disturbo subbiettivo a carico dell'apparecchio respiratorio. All'esame obbiettivo si rileva solo qualche rantolo bronchiale quà e là,

Anche l'apparato circolatorio non è sede del minimo disturbo subbiettivo.

L'itto della punta è distintamente visibile nel 4° spazio intercostale sulla mammillare o poco all'esterno di questa: si vede pure un impulso sistolico nel 5° spazio ma assai meno intenso. Alla percussione la punta cardiaca vien limitata alla 5 costa sulla mammillare : il limite cardiaco destro e superiore sono in sede fisiologica. Sul focolaio aortico il primo tono è impuro, rude, prolungato: il secondo è sonoro a timbro metallico e seguito da soffio a getto di vapore: questo s'ode bene anche lungo il bordo sternale destro. Nulla di speciale o per meglio dire di autoctono alla ascoltazione della punta e della polmonare.

Nulla si palpa al giugulo: non esiste innalzamento delle succlavie. Alla percussione non rilevasi alcuna dilatazione aortica: l' ottusità nel 2° spazio non deborda dalla marginale destra dello sterno. All'esame radiografico fatto dall'Egregio Collega Dott. Parola si nota uno slargamento tenue del vaso e limitato proprio al suo inizio.

Polso radiale leggermente aritmico, della frequenza di 88-90 al minuto primo, un pò grande ma non celere, nettamente più debole a sinistra. Manca il polso capillare, il doppio tono di Traube sulle femorali ed il doppio soffio di Duroziez. Pressione arteriosa (Riva-Rocci) a destra mill. 125, a sinistra mill. 110.

Lingua leggermente patinosa. — Deglutizione libera. — Digestione buona. — Stomaco apparentemente nei limiti.

Nulla di speciale all'addome nè a carico del fegato e della milza.

Urine con abbondante sedimento catarrale — p. s. 1013. — Senza albumina.

Capo e colonna vertebrale di conformazione regolare. — Nulla di speciale alla palpazione e percussione : nessun dolore alla pressione sui punti d' uscita dei nervi cranici.

Visus buono: qualche volta passeggera diplopia; nei giorni di malessere facile ambliopia. Movimento dei bulbi oculari integri. A carico del quinto paio si nota una piccola zona di ipoalgesia simmetrica nella porzione sottoorbitale della regione zigomatica.

La sensibilità tattile è ben conservata agli arti inferiori ma notevolmente diminuita al tronco.

La sensibilità dolorifica è notevolmente diminuita agli arti inferiori.

Esiste un certo ritardo alla percezione del caldo e del freddo: raramente il caldo è percepito come freddo.

Notisi che al lato interno dell'arto superiore d'ambo i lati esiste una striscia cutanea sulla quale un leggero tocco non è avvertito: tale fatto è più marcato a destra. La sensibilità dolorifica invece è conservata, per quanto un po' torpida.

Il senso muscolare è profondamente alterato negli arti inferiori: meno compromesso nell'arto superiore destro; integro nel sinistro.

La tonicità delle masse muscolari è leggermente diminuita.

Atassia spiccatissima statica e dinamica, degli arti inferiori: meno accentuata negli arti superiori.

Indolente la pressione dei testicoli, della trachea, dell'epigastrio.

Nota il passaggio delle urine e delle feci. Può urinare spontaneamente, ma non avverte la pienezza della vescica per cui ha efflusso involontario delle urine il quale si effettua specialmente nella stazione eretta.

Manca completamente l'erezione.

I riflessi patellari, achillei ed epitrocleari mancano d'ambo i lati; il plantare è debole, il cremasterico assente, l'addominale vivace; il congiuntivale è assente d'ambo i lati, il nasale ed il faringeo presenti.

Anisocoria: la pupilla sinistra è più grande della destra; riflesso pupillare alla luce asssente d'ambo i lati: il riflesso all' accomodazione persiste per quanto pigro.

Nulla assolutamente a carico del linguaggio: funzione intellettiva, affettiva e volitiva integre.

*
* *

Il complesso sintomatologico a carico del sistema nervoso è tale da render difficile non la dimostrazione diagnostica di tabe ma la ricerca di altre entità morbose le quali con quella si potessero confondere

Il quadro della sclerosi dei cordoni posteriori è quasi completo: c'è anzitutto la sifilide; poi c'è il segno di Westphal, di Romberg, di Argyl-Robertson, l'analgesia agli arti inferiori, l'ipoestesia tattile al tronco, l'atassia, la perturbazione del senso muscolare e della funzione vescicale, l'impotenza; ci sono le crisi e le anestesie viscerali, le parestesie ecc., ecc.

Sembrano mancare fino ad ora lesioni spiccate dell'ottico e disturbi trofici: fatti però che in seguito pur troppo potrebbero fare la loro comparsa. L' assenza di tali sintomi del resto non può nemmeno lontanamente porre in dubbio il concetto diagnostico.

E tutti i fenomeni morbosi rilevati trovano sufficiente spiegazione fisio-patologica nella essenza stessa della alterazione anatomica condizionante il quadro morboso: fanno solamente eccezione i due accessi di

eccitazione motoria che colsero l'ammalato poco prima del suo ingresso all'ospedale. Non avendo presenziato al loro svolgersi, torna ancora più difficile il coglierne il significato e spiegarne la genesi. Pur rimanendo a quanto di essi racconta il paziente, uomo intelligente e veritiero, si può escludere trattarsi di fenomeni dipendenti da una eccitazione del fascio piramidale (Rosembach, Grasset, Audry, Oppenheim ecc.): l'interessamento dei muscoli mimici e la perdita di coscienza verificatasi nel secondo accesso porta la mente a pensare piuttosto ad un interessamento corticale. E che un tal fatto possa verificarsi nella tabe, anche all'infuori della coesistenza di disordini circolatori d'origine centrale come nel caso nostro, lo dimostrano la presenza non rara in tale forma morbosa, di movimenti spontanei ed associati e particolarmente la presenza di movimenti coreici ed atetosici e di veri attacchi epilettici.

Anche la lesione circolatoria non è di difficile interpretazione: esiste nel nostro paziente una sigmoidite aortica la quale ha condizionato una insufficenza valvolare. Il fatto anatomico se ha interessato in linea principale il cingolo aortico, non vi si è però esclusivamente localizzato; esistono altri punti dell'aorta che sono lesi: ne fa fede la disuguaglianza delle pulsazioni radiali, effetto di un restringimento dell'orificio della succlavia sinistra.

Certo è però che la lesione ha poco interessato il tratto ascendente e l'arco dell'aorta come lo dimostra la mancanza dell'innalzamento delle succlavie, la mancanza di pulsazioni al giugulo e del debordare dell'ottusità aortica dalla marginale destra dello sterno; ed anche l'indagine radiografica come è sopra detto ha localizzata la lesione ad un piccolo tratto sopravalvolare.

Ma tale sede del processo anatomico ha provocato oltre al fatto valvolare una parziale ostruzione dell'imbocco delle coronarie: lo fa sospettare la ipotensione-arteriosa, l'aritmia cardiaca e la mancata ipertrofia del ventricolo sinistro quale era da attendersi e per l'entità del disturbo idraulico e per l'età del paziente. La fibra muscolare cardiaca, non vivificata da una corrente alimentare proporzionale al super lavoro richiesto dalla alterazione valvolare, s'è lasciata distendere, ed anzichè ipertrofizzarsi è caduta in preda a processi regressivi.

Il fatto più notevole però è rappresentato dalla assenza di quei fenomeni dolorosi e di tutti quei riflessi che sogliono partire da una aorta lesa nel grado e nella località del caso nostro; nessun accenno ad accessi di angina pectoris, non spasmo delle arterie periferiche (pallore al viso) nè riflessi polmonari (dispnea, crisi d' asma cardiaco) nè spasmi delle arterie cerebrali (vertigini, lipotimie, sincopi). Onde si può dire che la caratteristica della lesione aortica nel nostro ammalato sia la *latenza dei sintomi*.

Esiste un rapporto tra la forma morbosa spinale e la lesione aortica?

Teissier avendo constatato la frequenza nei tabetici *dell' état fenestré* delle valvole aortiche ha pensato che tale fatto fosse il risultato di un disturbo trofico d'origine midollare comparabile alla rarefazione del tessuto osseo; tale processo condurrebbe al riassorbimento di alcuni elementi cellulari delle valvole con esito a « mal perforant valvulaire ».

Ma l'osservazione successiva ha posto in luce che in molti tabe–

tici non erano dimostrabili alterazioni aortiche: e l'indagine microscopica ha assodato che anche quando tale condizione esisteva, la lesione aortica non era sotto la dipendenza dell'alterazione midollare, che non vi era alcun rapporto tra la gravità della tabe ed il grado della lesione aortica.

Un altro elemento invece è andato mano a mano dimostrando la sua diretta importanza: la sifilide. « A mesure que la notion de l'etiologie syphilitique des aortites chroniques se répandit davantage les auteurs se montrèrent de plus en plus enclins à considérer comme syphilitiques les aortites du tabes. Marie, Oppenheim, Bailey, Govers, Groedel, Schultze, Nordmann, tout recemment Samberger, Ruge et Huettner, Arrulani, Dejerine, accusent tous la syphilis d'être la cause commune du tabes et de l'aortite ».

Ma se la sclerosi dei cordoni posteriori non ha importanza come momento patogenetico dell'aortite, sta di fatto che essa può imprimere a tale forma morbosa un carattere speciale quale non si riscontra nella forma arteriosa pura. Già il Grasset nel 1880 ha avvertito il modo silenzioso con cui decorrono talvolta nei tabici lesioni aortiche le quali nei soggetti non tabici sogliono provocare con grande frequenza delle crisi dolorose.

Tale fatto è stato recentemente preso in attento esame dal'Heitz. Questo autore intanto ha riscontrato che « les différentes parties de l'appareil nerveux du coeur sont frappées à des degrés divers par un même processus de névrite parenchymateuse atrophique, avec intégrité habituelle du tissu conjonctif intertubulaire; que cette lésion se caractérise par une raréfaction des gaines de myeline, inconstante et peu marquée dans les pneumo-gastriques, a peu prés constante dans le sympathique. La lésion du sympathique est beaucoup plus profonde dans le plexus cardiaque lui-même que dans les cordons inter-ganglionaires. Cette lésion porte essentiellement sur les fihes centrifuges des racines postérieures dans tout leur traget; et sur les grosses fibres à myéline issues des ganglions spinaux, mais seulement dans les portions périphériques de ces derniéres. Les autres fibres à myéline du plexus et spécialement les fibres centripétes venues des racines antérieures, doivent également, dans un certain nombre de cas, être touchées par le processus neuritique ». Egli pensa che la latenza cardiaca nei tabetici sia appunto dipendente dalle alterazioni dei nervi del plesso cardiaco. « Il nous semble qu' il existe une aneshésie du viscére coeur, comparable à ces anesthésies viscérales décrites par Pitres pour le testicule et l' estomac, par Genouville pour la vessie, par Tardif pour la mammelle, par Sicard pour la trachée ». Quando il tabetico soffre del suo cuore e della sua aorta ammalata vuol dire che il plesso cardiaco è rimasto normale. Siccome le lesioni del plesso cardiaco sono abitudinalmente proporzionali a quelle delle radici posteriori del rigonfiamento cervicale, quando i sintomi tabetici indicheranno esistere alterazioni gravi di queste radici posteriori, potremo inferire che il plesso cardiaco è pure leso. Basterà constatare la lesione delle due prime radici dorsali per le quali passa pure la sensibilità cardiaca per concludere che esiste una alterazione nelle fibre sensitive del cuore. Sintomi di tale alterazione sarebbero l'atassia, i disturbi della sensibilità muscolare, artropatie degli arti superiori: ed in minor grado la lesione delle radici

posteriori si rileva per una anestesia cutanea interessante « une longue bande située à la partie interne du bras, depuis la naissance de l'aisselle jusqu'à l'extrémité du 4 doigt ».

*
* *

Se, ora, noi ci facciamo a considerare il nostro ammalato colla scorta del lavoro dell'Heitz, possiamo agevolmente darci conto del modo inusitato di evolvere della lesione cardio-aortica e dei rapporti che legano la lesione nervosa al fatto circolatorio.

Dando uno sguardo all'esame obbiettivo su riportato noi vediamo esistere una lieve atassia degli arti superiori e disordine del senso muscolare: è pure presente l'anestesia cutanea in corrispondenza del lato interno degli arti stessi. Tali fatti deporrebbero per una lesione delle due prime radici dorsali: ma poichè per esse passano le fibre sensitive del plesso cardiaco noi passiamo inferire l'esistenza di una alterazione del plesso cardiaco stesso. Ed ecco la ragione della latenza della lesione aortica: il cuore pel fatto dell'alterazione della sua innervazione è analgesico come lo sono nel nostro istesso ammalato i testicoli, lo stomaco, la trachea.

L'infezione sifilitica quindi ha leso, per la via sanguigna, i fasci piramidali come ha leso la parete dell'aorta. I due processi si sarebbero svolti in piena indipendenza l'uno dall'altro se ad unirli non fosse giunta l'alterazione del plesso cardiaco la quale ha impresso alla lesione circolatoria quel particolare aspetto di latenza dei sintomi, latenza causata appunto dall'analgesia del cuore e dell'aorta, piccolo episodio di quell'intenso disordine della sensibilità superficiale e profonda che caratterizza come è noto la tabe dorsale.



LAVORI CONSULTATI

J. HEITZ. — *Les nerfs du coeur chez les tabétiques.*
Paris: Steinheil, 1903.

G. MATTIROLO. — *Semiologia delle malattie nervose.*
Torino: Unione Tip. editrice, 1910.

H. OPPENHEIM. — *Trattato delle malattie nervose.*
Milano: Soc. editrice lib. 1904.

L. GIUFFRÉ *e* G. MIRTO. — *Tabe, in: Trattato Ital. di Patologia e Terapia medica.*
Milano: Vallardi.